FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1961 N° 69

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Madame WURCH-ZIMMERMANN Germaine

née le 1er Juillet 1923 à

SÉLESTAT (Bas-Rhin)

LA PLACE DE LA PERFUSION OCYTOCIQUE DANS L'ACCOUCHEMENT EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président: Monsieur Paul BURGER, Professeur

1961

IMPRIMERIE SINAC - SELESTAT

11, ROUTE DE KINTZHEIM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1961 N° 69

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Madame WURCH-ZIMMERMANN Germaine

née le 1er Juillet 1923 à

SÉLESTAT (Bas-Rhin)

LA PLACE DE LA PERFUSION OCYTOCIQUE DANS L'ACCOUCHEMENT EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président: Monsieur Paul BURGER, Professeur

1961

IMPRIMERIE SINAC - SELESTAT

11, ROUTE DE KINTZHEIM

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FONTAINE
Doyen honoraire		CALLOT
Assesseur		CALLOT

PROFESSEURS TITULAIRES

Anatomie	MM.	MEYER
Anatomie Pathologique		FRUHLING
Biologie Médicale		KLEIN
Chimie Biologique		MANDEL
Embryologie		CLAVERT
Histologie		ARON M.
Histologie		ARON Cl.
Hydrologie et Climatologie		WAITZ
Hygiène et Bactériologie		TULASNE
Médecine Légale et Médecine Sociale		N...
Parasitologie et Médecine tropicale		CALLOT
Pharmacologie et Médecine expérimentale		SCHMID
Physiologie		KAYSER
Physiologie appliquée		METZ
Physique Biologique		CHEVALLIER
Clinique Chirurgicale A		FONTAINE
Clinique Chirurgicale B		WEISS
Clinique Médicale A		WARTER
Clinique Médicale B		STAHL
Clinique Dermatologique		WORINGER
Clinique Infantile		SACREZ
Clinique Neurologique		THIEBAUT
Clinique Gynécologique et d'Accouchement		BURGER
Clinique Ophtalmologique		NORDMANN
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique		GREINER
Chaire de Clinique et de Prophylaxie de la Tuberculose		OUDET
Clinique Psychiatrique		KAMMERER
Pathologie chirurgicale		JUNG
Chaire de Thérapeutique		METZGER
Chaire d'Electro-Radiologie		GROS
Pathologie générale et expérimentale		STEPHAN
Stomatologie		VEDRINE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	MARX
Anatomie		WINCKLER
Neurologie		ROHMER Fr.
Anatomie Pathologique		LE GAL
Hygiène et Bactériologie		MINCK

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BATZENSCHLAGER
CHAMBRON
KARLI
KIRN
KORITKE
LAVILLAUREIX
MARESCAUX
CHAMBON
MAYER G.
SCHNEIDER
VERMEIL
WEILL J. D.

AGREGES

MM. BEYER
BOCKEL
BRONNER
BURGHARD
CHAUMONT
DORNER
GANDAR
LEVY J. M.
HOLLENDER
ISRAEL
JAHN
LEFEBVRE
KIM
KLOTZ
MANTZ
MARCOUX
MULLER J. N
MULLER P.
PRUNIERAS
SCHWARTZ
WITZ
WEIL J. P.
BOLLACK Cl.
KIENY

AGREGES LIBRES

MM. BUCK, FORSTER, KUHLMANN D., KUNTZMANN, VOEGTLIN.

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. VEDRINE.

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MEHL J., METZGER O., MUGLER A., SINGER, STULZ, FRANK, Mlle GEX, MARCOUX, MATHIS, Mme MAYER S., MOISE, LAVILLAUREIX, G. KLOTZ.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. BOUIN (Membre de l'Institut).

MM. AMBARD
BARRE
BELLOCQ
BENOIT
HANNS
KELLER
REDSLOB
ROHMER
ROEDERER
VAUCHER
VINTEMBERGER

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550011_0014

A la mémoire de mes parents

A mon mari

A ma fille

Meis et Amicis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. BURGER,

Directeur de la Clinique Gynécologique et Obstétricale

en remerciement et respectueux hommage pour son enseignement éclairé et l'honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de cette thèse.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur R. SACREZ,
Directeur de la Clinique Infantile

en profonde gratitude des connaissances acquises à son école et l'intérêt particulier qu'il nous a porté.

Monsieur le Professeur Agrégé P. MULLER
Directeur de la Maternité et Ecole des Sages-Femmes

en reconnaissance pour l'accueil amical qu'il nous a toujours réservé.

Monsieur le Professeur Agrégé R. GANDAR

en témoignage du concours bienveillant qu'il a bien voulu nous apporter.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE STRASBOURG

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

A LA MÉMOIRE DE

feu Monsieur le Professeur SIMONIN,
Directeur de l'Institut de Médecine Légale

en respectueux souvenir d'un enseignement essentiellement humanitaire et de l'amitié qu'il nous a témoignée en toutes circonstances.

A Monsieur le Docteur SCHNEEGANS,
Directeur de l'Institut de Puériculture

en hommage pour l'honneur qu'il nous fit en nous initiant et nous formant à l'exercice de l'art de la médecine.

A Mademoiselle le Docteur J. MILFORT,
Chef de Clinique à la Faculté

en toute amitié pour l'aide clairvoyante dont elle n'a cessé de nous assurer.

LA PLACE DE LA PERFUSION OCYTOCIQUE DANS L'ACCOUCHEMENT EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

INTRODUCTION

La perfusion intraveineuse lente d'ocytocique a été introduite en France en 1950 par VARANGOT, et pratiquée depuis, avec des résultats favorables.

Il nous a paru intéressant de voir si l'application de cette nouvelle technique à la conduite de l'accouchement par le siège, ne permettait pas de modifier le pronostic et la mortalité fœtale. En renforçant la qualité de la contraction utérine, la perfusion devrait permettre de corriger la dystocie dynamique, si souvent associée à cette présentation.

De 1958 à 1961, nous avons pratiqué 32 perfusions d'OTS 68, sur des présentations du siège. Nous en rapportons ici les résultats, que nous comparons à ceux des autres auteurs. Gardant une prudente réserve, nous pouvons dire que la perfusion n'a pas répondu aux espoirs que nous avions mis en elle.

Evolution des concepts de l'accouchement en présentation du siège.

A l'époque de la Haute Antiquité, la présentation du siège avait une réputation plus que fâcheuse. Selon les écrits d'Hippocrate, le fœtus quittait l'utérus, poussé par la faim et ne pouvait le faire que la tête la première, en arc-boutant ses pieds contre le fond de l'utérus. Le traitement de la présentation du siège consistait donc en une version céphalique, ce qui devait entraîner une mortalité considérable, tant maternelle que fœtale.

L'enseignement d'Hippocrate connut une large diffusion et il fallut attendre la fin du XVII[e] siècle pour pouvoir considérer l'accouchement par les pieds comme proche de l'accouchement normal. Portal écrivait en 1685: «Il est presque aussi facile que le naturel, ce qui fait dire aux sages-femmes en commun proverbe: que là où le cul passe, la teste y peut bien passer.»

Deux siècles plus tard, Marie-Louise Lachapelle, en 1821, conseillait de laisser agir les forces de la nature: «L'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent et résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la facilité apparente offerte par la disposition des parties du fœtus. Il doit avec ménagement et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que l'extraire.»

Toutefois pour les accoucheurs classiques, toute présentation du siège resta justiciable d'une intervention obstétricale. «La nature est capable d'accomplir l'accouchement toute seule, mais il serait imprudent de lui confier entièrement cette tâche.»

A partir de 1927, commence l'ère de l'expectative. Brindeau conseille une assistance réduite au minimum, se bornant à dégager la tête et parfois les épaules. Mais c'est surtout Bracht (7) en 1938 qui eut le mérite de rappeler aux accoucheurs que la présentation du siège pouvait évoluer spontanément. Il donna son nom à une méthode qui consiste «à laisser évoluer le siège plus longtemps qu'on ne le faisait jusqu'alors». L'accoucheur se contente de faciliter

la rotation du fœtus autour de la symphyse et lorsque la tête ne sort pas spontanément, il relève le corps de l'enfant vers le ventre de sa mère.

Vermelin (57) en 1948, allant encore plus loin, préconise un abstentionnisme absolu, éliminant toute aide manuelle, toute narcose, toute expression abdominale, toute épisiotomie, c'est-à-dire allant jusqu'à ne faciliter en rien la sortie de la tête.

Pourquoi cette évolution vers l'abstentionnisme et pourquoi cette condamnation des extractions du siège, si longtemps classiques?

Les chiffres les plus bas de mortalité fœtale sont obtenus par les accoucheurs réduisant leur assistance au minimum. La manœuvre de Mauriceau, considérée comme un geste classique dans la terminaison normale d'un accouchement par le siège, entraîne même entre les meilleures mains une proportion élevée de mauvais résultats pour le fœtus.

Les statistiques contemporaines sont éloquentes: de 2,9% dans l'accouchement spontané [Vermelin et Ribon (57), Bracht (7)], la mortalité fœtale s'élève en flèche à 15-20% en cas de manœuvres groupées sous le vocable de petite extraction [Paquet et Pirson (46), Lacomme et Le Lorier (36), Walsh et Kuder (59), Vermelin et Ribon (57)]. La grande extraction, redoutée à juste titre, tue plus de 20% des enfants et entraîne une morbidité analogue. A titre d'exemple, parmi bien d'autres statistiques comparables, détaillons les chiffres obtenus à notre clinique [thèse Boeglin (4)]. Sur 126 grandes extractions, nous relevons:

5 fractures de la clavicule

3 fractures de l'humérus

2 fractures du fémur

5 élongations du plexus brachial

1 paralysie du bras et de la jambe

1 paralysie de la jambe

2 hémorragies méningées avec séquelles neurologiques.

C'est en réaction contre cette proportion inacceptable de mauvais résultats pour le fœtus que s'est élevée la vague de non-interventionnisme. Dans ce cadre s'inscrit la perfusion d'ocytocique, car en renforçant la contraction utérine elle devrait permettre d'augmenter le nombre des accouchements spontanés en présentation du siège.

Le problème foetal dans la présentation du siège.

L'accouchement par le siège est dit eutocique, mais sous certaines réserves. Le dégagement des épaules et de la tête constitue une phase critique au cours de laquelle la vie de l'enfant est mise en danger.

La disposition du fœtus ne lui permet pas de progresser rapidement, car le pôle le plus petit et le moins régulier prépare mal le passage de la tête. D'autre part, au cours de sa descente «à rebrousse-poil» les pieds, les bras, le menton peuvent s'accrocher à une des aspérités de la filière et se relever facilement [Lacomme (35)]. Il s'agit là de difficultés sérieuses, car le diamètre tête plus bras ou le diamètre d'une tête défléchie sont en général incompatibles avec les dimensions du bassin maternel.

Ces difficultés se succèdent par ordre croissant si l'on ne prend soin de respecter l'ovoïde fœtal. La tête en hyperflexion est maintenue solidaire du tronc et des membres supérieurs par la tonicité du muscle utérin. Si cette position est maintenue jusqu'à la fin de la période d'expulsion, l'accouchement se déroule simplement.

Si l'ovoïde fœtal n'est pas respecté, s'il est disloqué par des tractions intempestives, on assistera au relèvement des bras ou à la déflexion de la tête. L'accoucheur se verra dans l'obligation de pratiquer des manœuvres obstétricales lourdes de conséquences pour le fœtus. Ce qui faisait dire à Jaubert: «Un siège ne se tire pas, il se pousse» [Mahon (39)].

Qu'il soit simple ou compliqué, deux points particuliers à l'accouchement par le siège sont à souligner [Lacomme (35)].

1° **C'est l'obligation absolue, après le passage du siège lui-même, d'un dégagement rapide des épaules et de la tête.**

Le danger principal est constitué par la réduction de l'apport d'oxygène au fœtus. Cette réduction est inévitable au cours du laps de temps séparant dégagement de la tête et du siège. Séparé de la circulation placentaire, l'enfant ne peut pas encore se servir de sa circulation pulmonaire. Les troubles de la dynamique intrafuniculaire ont une double étiologie:

a) La compression du cordon entre la tête fœtale et le bassin maternel. Mais pour Runge (49), cette compression n'entraînerait une anoxie mortelle qu'au bout de dix minutes.

b) La vacuité partielle de l'utérus, après expulsion du pôle pelvien, entraîne une réduction de la surface placentaire et par conséquent de l'oxygénation.

Quel que soit son mécanisme, une suppression complète de l'apport d'oxygène peut entraîner souvent, après une ou deux minutes déjà, un état d'anoxie irréversible [Dohrn (18)].

2° **L'hémorragie intracrânienne est toute prête à se produire.**

La constriction exercée sur le siège par le canal vulvo-vaginal refoule vers le haut du corps la masse sanguine qui gonfle les vaisseaux des hémisphères cérébraux. Pour peu que la période d'expulsion se prolonge, l'hémorragie méningée résultant de l'anoxie est inévitable. Si en plus, s'ajoute un traumatisme mécanique au moment du passage de la tête dernière, les lésions produites sont très graves et entraînent rapidement la mort. Ce qui faisait dire à Demelin (17): «Les accoucheurs ne laissent pas le temps à l'enfant de mourir d'asphyxie, mais avant que ce danger apparaisse, l'enfant a déjà subi un traumatisme crânien mortel.»

Considéré du point de vue dynamique, le problème de l'accouchement en siège présente un aspect particulier: c'est celui de la qualité des contractions utérines. Leur jeu doit assurer une progression constante du fœtus. Donc assumer en premier lieu une dilatation qui semble théoriquement plus difficile à obtenir qu'en présentation du sommet. En second lieu, assumer la solidarité de l'ovoïde fœtal au cours d'une expulsion qui doit être rapide.

Très souvent, surtout dans les sièges décomplétés mode des fesses, la durée des efforts expulsifs nécessités par le dégagement des hanches est suivie d'une inertie utérine relative. Il en résulte une lenteur de la progression due à la fatigue de l'utérus et à la diminution de volume de la partie du corps fœtal restant dans les voies génitales. C'est «la panne dynamique du moteur utérin», obligeant l'accoucheur à effectuer des manœuvres souvent fœticides. C'est pour remédier à cette difficulté que fut proposée l'utilisation des ocytociques à la phase terminale de l'expulsion, d'abord par voie intramusculaire, puis actuellement par voie intraveineuse.

Emploi des ocytociques dans les accouchements par le siège.

Est ocytocique toute substance hormonale ou médicamenteuse qui induit ou renforce la contraction utérine, alors qu'éthymologiquement ce vocable désigne tout procédé diminuant la durée de l'accouchement (okus: rapide et tokos: travail).

Les premières applications obstétricales de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ont été faites par Bell (3) au début de ce siècle en 1906. Quelques années plus tard, Hofbauer (30) précisait les propriétés ocytociques de ce produit. L'enthousiasme suscité parmi les accoucheurs fut grand: enfin ils disposaient d'une arme leur permettant de terminer facilement et rapidement un accouchement.

Malheureusement de trop nombreux accidents dûs à des dosages fantaisistes, à une utilisation malencontreuse et abusive, mirent fin à cette période d'enthousiasme.

La légende du danger inhérent à l'emploi de l'extrait hypophysaire était créée et l'on vit certains accoucheurs comme Haskell (26) «prier avec dévotion» pour que cette drogue disparaisse. P. Burger (10) en 1927 s'élève contre cette légende et ne comprend pas «pourquoi cette drogue qui se comporte comme tout autre médicament avec indications et contre-indications, qu'il faut naturellement connaître avant son emploi, devrait être qualifiée comme dangereuse et bannie de la thérapeutique obstétricale. Au contraire, il faut tout simplement exiger que l'on apprenne à mieux connaître cet extrait capable de nous rendre de si grands services en diminuant le nombre d'applications de forceps, en hâtant un accouchement traînant avec menace ou début d'infection, en facilitant la délivrance, en combattant les hémorragies de la délivrance et du post-partum et en évitant ainsi mainte manipulation intrautérine particulièrement dangereuse pendant ou après la période de délivrance».

Burger (9) en 1924, Chatillon (13) en 1927, précisent nettement les indications de l'emploi de l'extrait post-hypophysaire: «L'indication la plus habituelle est constituée par la faiblesse des douleurs pendant la période d'expulsion, douleurs qui manifestement sont régularisées et intensifiées par l'injection d'extrait post-hypophysaire. Tant que la partie qui se présente est engagée normalement (tête, siège) et que la dilatation est complète, il n'y a pas de danger à injecter l'extrait post-hypophysaire si toutefois des contre-indications d'ordre général n'interviennent (hypertension, cardiopathie, hypertonie utérine)».

L'emploi des ocytociques par voie intramusculaire dans l'accouchement par le siège fut réprouvé par de nombreux accoucheurs qui lui reprochaient la fréquence d'accidents, tels que hypertonie utérine, spasme du col ou rétraction de l'anneau de Bandl.

Ces accidents semblent devoir être attribués à une administration intempestive du produit et sont évitables si l'on a soin d'attendre la dilatation complète, l'engagement du siège et de s'abstenir de toute manœuvre intempestive. Vermelin (58) est resté le défenseur de cette méthode: il pratique l'injection systématique au moment de l'engagement de la hanche inférieure et préfère la voie intramusculaire à la voie intraveineuse pour sa rapidité d'action.

En 1928, Ostrcil (45) de Prague, fut le premier à avoir utilisé un goutte-à-goutte intraveineux. Il injecte la pituitrine lentement par intervalles de 10 à 20 secondes, goutte après goutte et obtient une action immédiate avec une dose totale de l'ordre de 2 à 4 gouttes.

L'expression adbominale à laquelle Bracht (7) attachait une importance telle, que dans la méthode originale elle était effectuée par l'accoucheur lui-même, fut remplacée efficacement par l'injection intraveineuse d'un ocytocique purifié à l'état concentré. Cette méthode fut utilisée systématiquement par certains auteurs de langue germanique à partir de 1933. Au moment de l'apparition du siège à la vulve chez la multipare et encore un peu plus chez la primipare, on injectait 3 unités Voegtlin de l'extrait purifié à la fin

d'une contraction. Baltzer (1), Erbsloh (20) et Gobel (22) qui sont les promoteurs de la méthode, n'ont jamais observé de rétention de la tête dernière par excès de contraction utérine. Et s'il y a eu de mauvais résultats, ils ne sont pas à impliquer à la méthode elle-même, mais à son application trop précoce.

Gerisch (21) proposa une amélioration de ce procédé en injectant successivement ocytocique et barbiturique, ce qui permettait d'effectuer l'accouchement en anesthésiant la mère.

Le promoteur de la perfusion intraveineuse lente est Theobald (52) en 1948 en Angleterre. Utilisant une dilution très forte, allant de 1/2.500 à 1/10.000, il obtint d'excellents résultats. Ces observations sont confirmées par Hellmann (28) à Baltimore, qui utilisant lui aussi de fortes dilutions intraveineuses, note: «Une augmentation progressive et physiologique des contractions utérines qui persistaient tant que la solution était injectée et cessaient avec l'arrêt de cette solution.»

Cette technique fut introduite en France par Varangot (56) en 1950, avec des résultats très encourageants. Sa diffusion se heurta au début à un certain nombre d'oppositions. Ainsi Kreis (34) écrivait: «La théorie sur laquelle serait fondé l'emploi de l'ocytocique, c'est-à-dire une inversion pathologique de la dominance du travail fundique par rapport à celui de la partie moyenne, paraît invraisemblable, malgré les enregistrements américains et électrotokodynamomètres à trois explorateurs sur laquelle elle repose... La perfusion est donc un forçage aussi illogique que le laxatif doux ou violent pour l'intestin. C'est une hérésie en période de dilatation.»

Dans l'accouchement par le siège, on utilisa la perfusion, ses qualités essentielles étant: «de pouvoir conserver le caractère physiologique de la contraction utérine, de permettre l'injection de doses infimes d'ocytociques et l'adaptation à tout moment de la posologie selon la réponse de l'utérus et de pouvoir être suspendue en cas de nécessité, l'effet s'annulant aussitôt» Merger (42).

Etant donné la fréquente dystocie dynamique souvent associée à la présentation du siège, il était logique de se demander si l'utilisation de la perfusion pouvait modifier la conduite de l'accouchement. L'accord n'est pas unanime au sujet des résultats. Pour certains auteurs elle ne constitue aucun progrès évident, alors que d'autres l'emploient systématiquement. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de comparer nos résultats à ceux des autres auteurs et de voir si l'emploi de l'ocytocine par voie intraveineuse modifiait le pronostic fœtal.

La place de la perfusion ocytocique dans la présentation du siège.

Il existe de grandes divergences au sujet de l'emploi de la perfusion ocytocique dans l'accouchement par le siège.

Les auteurs de langue germanique ne l'utilisent pas et préfèrent injecter directement l'ocytocique sous forme d'extrait purifié concentré par voie intraveineuse.

La littérature anglo-saxonne est très discrète au sujet de l'utilisation de la perfusion. De nombreux auteurs à la suite de HELLMANN (28) soulignent que toute présentation anormale constitue une contre-indication à son emploi, mais ils omettent de préciser si le siège est une présentation anormale. Pour THOMPSON (53), l'accouchement par le siège n'est pas une indication de perfusion. HALL (25) condamne la perfusion utilisée comme moyen thérapeutique et ne lui reconnaît que de très rares indications dans les cas d'inertie utérine secondaire sans disproportion fœto-pelvienne. Par contre, WILLIAMS et MC MAHON (60) ne voient pas d'inconvénient à l'utilisation de l'ocytocine et STONE (51) ne considère pas la présentation du siège comme une contre-indication à son emploi.

Les résultats des obstétriciens français portent sur des séries de cas peu importantes, de sorte qu'il est difficile d'en dégager une conclusion valable. Si la plupart des accoucheurs sont unanimes à attribuer un effet bénéfique à la perfusion appliquée en cours d'expulsion, il n'en est pas de même au cours de la dilatation où les résultats sont très variables.

1° Appliquée en cours de dilatation, la perfusion n'a pas réalisé les espoirs qu'on mettait en elle.

Il faut souligner, qu'en général, cette perfusion n'est pas utilisée à titre systématique. On lui demande de corriger les anomalies de la dilatation.

— Lacomme et Le Lorier (36) ont utilisé 13 fois la perfusion (339 sièges) et ont observé 2 morts fœtales;

  – dans 5 cas, l'accouchement était simple: 1 enfant mort;

  — dans 8 cas, l'accouchement était compliqué: 1 enfant mort.

Dans 5 cas, la dilatation complète a été obtenue après un délai de perfusion excessif. Mais même en retranchant ces 5 cas, les résultats sont décevants. Ces auteurs estiment que la perfusion en cours de dilatation «semble ne devoir conserver que des indications rares, en dehors desquelles elle concurrence de façon abusive les indications souhaitables de la césarienne secondaire». Elle doit être tentée prudemment, lorsque les circonstances cliniques associées (multiparité, volume fœtal moyen) paraissent l'autoriser, mais en l'absence de progrès manifeste, elle doit être interrompue rapidement. La perfusion ne permet donc pas de résoudre les accouchements de dilatation difficile qui restent dangereux.

— Lahaye (38) apporte une série de 12 cas (108 sièges) perfusés en début ou en cours de dilatation, soit pour un déclenchement nécessité par la rupture prématurée des membranes, soit pour une hypotonie. Les résultats sont les suivants:

  — extraction nécessaire dans un tiers des cas;

  — 3 enfants morts, dont 2 par hémorragie cérébrale et 1 in utero au cours du travail.

Devant ces résultats défavorables et la mortalité fœtale élevée, Lahaye déconseille ce type de perfusion. La dyscinésie ou la rupture prématurée des membranes non suivie du déclenchement spontané de l'accouchement seraient même à considérer comme indication relative de césarienne.

Dellenbach et Keller (16) rapportent leurs premiers résultats: parmi 25 observations concernant des anomalies de la dilatation, on note une rupture utérine et deux morts fœtales.

Mahon et coll. (40) rejettent la perfusion en tant que thérapeutique des anomalies de la dilatation. Appliquée dans 4 cas à dilatation petite paume, la perfusion se termine par:

1 césarienne;
— 1 déchirure du col et du segment inférieur;
1 relèvement des bras (abaissement, Mauriceau);
1 accouchement normal chez une tertipare;

les 4 enfants sont intacts et il n'y eut aucun décès maternel.

— Jackson (32) fait état d'une mortalité fœtale non corrigée de 20% dans un groupe de 30 cas perfusés, alors qu'elle n'est que de 9% dans le groupe de 137 cas non perfusés.

L'indication de perfusion étant commune pour dyscinésie, il compare sa mortalité à celle qu'obtient Hellmann (29) dans la présentation céphalique, qui est de 6,4%. Il conclut donc que la perfusion pour dyscinésie multiplie par trois le chiffre de la mortalité fœtale dans l'accouchement par le siège.

— Rivière et son école (48) considèrent que la dilatation est la pierre de touche qui permet de préjuger de l'expulsion. L'épreuve du travail conduite sous perfusion est très courte. Si la dilataion reste irrégulière, il faut pratiquer immédiatement la césarienne.

— Illouz (31), dans une thèse inspirée par Merger, rapporte 34 cas de perfusion avant dilatation complète. Son impression est moins défavorable et il tire les conclusions suivantes:

1° Sur 190 sièges, la mortalité par voie basse qui était de 7,8% sans perfusion passe à 5,1% avec perfusion.

2° Les accouchements simples sont aussi fréquents et même plus fréquents en cas de perfusion précoce que sans perfusion.

3° Les réanimations longues de plus de 5 minutes sont toujours plus fréquentes qu'en l'absence de perfusion. Mais cette réanimation n'a eu aucune suite dans la période périnatale.

Quelles conclusions faut-il tirer de la confrontation de ces divers résultats?

La perfusion d'ocytocique n'est pas la panacée universelle qui permet de résoudre toutes les difficultés au cours de la dilatation. Mais elle réalise dans les meilleures conditions «une épreuve dynamique du travail, permettant de choisir suffisamment tôt entre la voie haute et la voie basse».

2° La perfusion est appliquée systématiquement en fin de dilatation.

- Pigeaud (47) préconise en 1951 la perfusion à partir de dilatation 6 à 8 cm: la sortie du siège est facilitée et la période d'expulsion abrégée.

- Dellenbach et Keller (16) installent la perfusion à dilatation petite paume quelle que soit la qualité des contractions. Le débit initial qui est de 30 à 40 gouttes/minute sera accéléré progressivement jusqu'à 60 gouttes/minute et plus dès que le siège apparait à la vulve. Ce n'est qu'au moment du dégagement des épaules qu'on sollicite les efforts expulsifs de la patiente. 18 cas ont été accouchés selon cette méthode. La dilatation du col se complète en général très rapidement. Il n'y a eu aucun cas de spasme du col et aucune réanimation fœtale.

- Pour Baudon, Gendre et Mustier (2), la perfusion mise en place à petite paume sera d'un précieux secours. Elle constitue la réserve ocytocique qui pourra être accélérée à la demande en cas d'hypocinésie. Les résultats obtenus dans 50 cas sont:
  — action sur la dilatation:

  1° Chez la primipare: 20 cas.
  20 résultats satisfaisants. La période de dilatation varie de 25 minutes à 1 heure 30 avec une durée moyenne de 45 minutes.

  2° Chez la multipare: 30 cas.
  La dilatation se complète en 5 minutes à 1 heure.

Action sur l'expulsion.

L'expulsion a été qualifiée de spontanée dans 45 cas, bien que les auteurs assistent le dégagement des épaules et de la tête, surtout chez les primipares.

— 2 enfants sont morts.

- Nowicki (44) en 1961 fait état de 122 cas, où la perfusion a été mise en route à la fin de la première période du travail à dilatation 4 à 5 doigts. Le débit est accéléré après engagement du siège. Les résultats concernent des enfants dont le poids varie entre 2.500 et 4.000 g:

— 86 expulsions selon Bracht

— 36 expulsions avec aide obstétricale classique

— 3 enfants sont morts par hémorragie intracrânienne.

L'auteur souligne que la perfusion n'est dangereuse ni pour la mère, ni pour l'enfant et qu'elle facilite l'assistance manuelle de l'obstétricien.

— Mahon et coll. (40) ont utilisé 19 fois la perfusion à partir de dilatation grande paume: ils ont obtenu:

— 19 accouchements par voie basse

— 18 enfants bien portants

— 1 enfant mort (utérus double).

Ils concluent: «la perfusion d'extrait hypophysaire sagement conduite (tardive et lente), doit améliorer encore les résultats fœtaux et maternels de l'accouchement en présentation du siège. Elle est à rejeter dans les anomalies de la dilatation et même dans les accouchements à marche normale, avant dilatation de grande palmaire.»

3° Les avis sont concordants au sujet de l'effet bénéfique de la perfusion d'expulsion.

— Lahaye (38) a appliqué la perfusion d'expulsion à 51 cas avec les résultats suivants:

36 Bracht

— 13 Mauriceau

— 2 petites extractions

- 1 mort fœtale.

Pour cet auteur, la perfusion favorise l'expulsion spontanée du tronc jusqu'aux épaules. Le nombre des extractions est réduit de façon statistiquement significative et l'action de l'accoucheur est réduite à une manœuvre pour l'expulsion de la tête. Cet effet est surtout très net chez la primipare. La morbidité et la mortalité fœtales diminuent d'environ 50%.

Mahon et coll. (40) enregistrent également une baisse de la mortalité fœtale qui passe de 4,7% à 1,36%. 36 perfusions se sont terminées par:

— 35 accouchements par voie basse

— 1 césarienne

— 36 enfants vivants et intacts

— 36 mères sans lésions importantes.

Ils attribuent cet effet favorable à la perfusion qui, en renforçant la contraction utérine et en favorisant l'accouchement spontané, permet d'éviter les classiques manœuvres d'extraction. Ils estiment que la perfusion ocytocique est un adjuvant précieux qui peut être utilisé de façon systématique.

— Lafitte (37), dans une thèse inspirée par Rivière, rapporte 54 cas où la perfusion a été débutée à la dilatation complète, lorsque les contractions ont déjà provoqué par elles-mêmes l'engagement du siège. L'école bordelaise estime que le point capital est de laisser la dilatation et l'engagement se faire spontanément. Les résultats obtenus sont:

— une grande fréquence des expulsions selon Bracht

— la rareté des accidents néonataux

— 4 enfants étonnés

— 2 morts néonatales, dont 1 sans explication obstétricale.

Lacomme et Le Lorier (36) gardent une prudente réserve. La perfusion d'expulsion pratiquée systématiquement dans 48 cas a abouti à 4 morts fœtales:

— 34 accouchements étaient simples: 1 enfant mort

— 14 accouchements étaient compliqués: 2 enfants morts.

Bien que la proportion des accouchements simples soit plus élevée qu'en l'absence de perfusion, les auteurs considèrent que le pronostic fœtal n'est pas amélioré de façon évidente. «Les expulsions qui doivent se terminer par une grande ou petite extraction ne sont pratiquement pas évitées par la perfusion et restent dangereuses.»

En conclusion, la perfusion ocytocique utilisée quand tout obstacle au dégagement du fœtus a disparu, permet de renforcer la qualité des contractions utérines. Elle est un adjuvant précieux pour réaliser une expulsion spontanée, si bien que sans être systématique, son emploi doit être largement répandu, sous réserves toutefois d'une très stricte surveillance de la réaction utérine et du comportement fœtal.

Notre technique de perfusion

La technique utilisée à notre clinique, précisée par Burger J.-P. (8), est analogue à celle que pratiquent la majorité des accoucheurs à l'heure actuelle.

a) **Le choix de l'ocytocique.**

Par voie intraveineuse, en perfusion lente continue, nous utilisons l'ocytocine de synthèse OTS 68, individualisée par Du Vigneaud (19), synthétisée par Boissonnas (5) et expérimenté en clinique par Caldeyro-Barcia (11).

b) **Solvant et dilution.**

Selon les travaux de Hellmann et Reynolds (28) les divers solvants utilisés: sérum physiologique, salé, glucosé ou mixte n'ont aucune activité ocytocique propre. Le solvant que nous avons adopté est le sérum glucosé à 5%, qui nous permet de restreindre au maximum l'apport sodique. La dilution est de *une unité pour cent centimètres cubes de solvant.*

c) **Le débit.**

La perfusion est débutée à un rythme de 15 gouttes/minute pour tester la susceptibilité du muscle utérin. Si nécessaire, ce rythme sera accéléré à 20 gouttes/minute, vitesse que nous ne dépassons jamais pendant la période de dilatation.

d) **La ponction veineuse.**

La principale difficulté est d'éviter le déplacement et l'oblitération du cathéter de perfusion tout au long de l'accouchement. Quand cela est possible, une veine de l'avant-bras est ponctionnée avec une aiguille de calibre suffisant, à biseau court. Cette dernière est reliée à l'appareil de perfusion par un raccord souple, qu'on maintient soigneusement par un pansement adhésif. De cette façon, en évitant le pli du coude, on réduit les risques de déplacement du cathéter.

e) **Pratique.**

Vessie et rectum sont préalablement vidés. La femme, à jeun, est préparée par l'injection intramusculaire d'un spasmolytique type péthidine (100 mg) vingt minutes avant l'installation de la perfusiòn. Cette injection est destinée à prévenir l'effet hypertonique toujours possible du début.

La perfusion étant posée, nous réglons d'abord le débit du goutte à goutte et injectons dans un deuxième temps l'ocytocique dans le flacon.

f) **Surveillance.**

La patiente doit être constamment l'objet d'une surveillance attentive et rigoureuse qui doit porter à la fois sur:

- La perfusion: contrôle du débit et de la perméabilité veineuse.

- La contraction utérine: il faut rester la main sur l'utérus et apprécier, montre en main, le rythme, l'intensité, la durée des contractions et le relâchement intercalaire pour pouvoir adapter le débit au rythme de la contraction. La présence continue au lit du sujet d'un personnel qualifié est donc indispensable [Varangot (55)].

- Les bruits du cœur fœtal: en début de perfusion, on peut observer des modifications transitoires des bruits du cœur fœtal [Hellmann (28)], mais qui ne sont pas retrouvées dans les conditions normales de nos perfusions [Burger (8)].

La cadence de la perfusion sera augmentée à la période d'expulsion. Dès le dégagement du siège, le débit est réglé à 40 gouttes/minute pour renforcer la puissance des contractions et permettre le dégagement rapide du tronc, des épaules et de la tête dernière.

Il est essentiel de poursuivre la perfusion au delà de l'accouchement pour éviter l'inertie qui suit la période d'expulsion. Le débit de 40 à 50 gouttes/minute facilite l'expulsion du placenta et assure une rétraction utérine satisfaisante.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Du 1er janvier 1958 au 30 septembre 1961, il y eut *155* accouchements en présentation du siège à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de *Strasbourg*. Ces accouchements concernent des sièges simples et des enfants de poids supérieur à 2.500 g.

32 perfusions ont été appliquées dans un groupe de 13 primipares et 19 multipares, dont les présentations se répartissaient en 8 sièges complets et 24 sièges décomplétés.

Les indications de perfusion étaient les suivantes (voir tableaux détaillés):

— 15 cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes

— 9 cas de déclenchement du travail pour dépassement du therme théorique

— 6 cas de régularisation du travail pour hypocinésie ou arrêt

— 2 cas d'expulsion sous perfusion systématique.

Dans 2 cas, la perfusion a échoué et le travail s'est installé spontanément quelques heures plus tard. Ces 2 cas ne figurent pas sur les tableaux.

Dans 3 autres cas, l'échec d'un premier essai de perfusion a été suivi du succès d'un deuxième essai.

Dans 30 cas, la perfusion a donc été suivie par l'expulsion d'un enfant.

Le poids de ces enfants se répartit ainsi:

— 2.500 — 3.000 g: 11 dont 1 décès
— 3.000 — 3.500 g: 9 dont 2 décès
— 3.500 — 4.000 g: 3 dont 1 décès
— 4.000 — 4.500 g: 1 dont 1 décès
— 4.500 — 5.000 g: 6 dont 3 décès.

MORTALITÉ FOETALE

No d'observation	Parité	Age	Variété	Indication perfusion	Durée dilatation	Durée d'expulsion	Mode d'expulsion	Poids enfant	Causes de la mort
1555 60	VI	45	décompl.	declenchement pour rupture prématuree des membranes depuis 6 h	7 h.	40'	arrêt de la progression à la hauteur de l'ombilic abaissement des bras Mauriceau	4.500/55	mère obèse et hypertendue abaissement des bras et Mauriceau difficiles Asphyxie blanche
455/60	I	29	décompl.	déclenchement pour rupture prématurée des membranes depuis 17 heures	13.15 h. lente et pénible	1.05 h.	grande extraction décidée pour arrêt de la progression et souffrance foetale	3.000/49	Rigidité des parties molles maternelles Brieveté du cordon
701/61	XII	40	décompl.	déclenchement pour rupture prématurée des membranes depuis 24 hrs.	4 h.	1.50 h.	Bracht	4.700/55	enfant meurt en fin du travail
539/60	I	34	décompl.	déclenchement pour dépassement du terme théorique de 18 jours	9 h.	1 h.	arrêt de la progression à hauteur ombilic Mauriceau difficile	2.600/51	Deflexion de la tête dans un bassin retréci et asymétrique avec dystocie d'inclination
855/61	VII	35	complet	arrêt du travail à dilatation grande paume	10.40 h.	50'	grande extraction pour non progression et épuisement maternel	4.900/55	mère obèse et hypertendue Relèvement des bras Déflexion de la tête hémorragie méningée 24 hrs. après

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES PERFUSION DE DÉCLENCHEMENT

N° observ.	Parité	Age	Variété	Membranes rompues depuis	Durée dilatation	Durée expulsion	Mode expulsion	Poids de l'enfant	Réanimation	Evolution
1525 58	II	38	décomplet	?	2.30 H	15 '	Bracht	2900/49	∅	favorable
470/60	III	22	décomplet	2.30 H	1.45 H	15 '	Bracht	3.500/51	∅	favorable
1555 60	VI	40	décomplet	6 H	7 H	40 '	Abaissement des bras Mauriceau	4.500/55	asphyxie blanche	
763/59	IV	32	décomplet	8 H	3.45 H	15 '	Bracht	3.500/52		macéré
265/60	I	36	décomplet	12 H	4.50 H	35 '	Mauriceau	2.600/49	10 minutes	favorable
445/60	I	29	décomplet	17 H	13.15 H	1.05 H	grande extraction	3.000 49	échec	
42/61	I	25	décomplet	24 H	10.10 H	15 '	Bracht	2.500/48	∅	favorable
999/60	II	30	décomplet	24 H	2.45 H	5 '	Bracht	3.100/51	○	favorable
219 60	I	30	décomplet	24 H	6 H	10 '	Bracht	3.300 52		macéré
701 61	XII	40	décomplet	24 H	4 H	1.50 H + en fin de travail	Bracht	4700/55	échec	+
1800/60	II	20	décomplet	24 H	2 H	10 '	Bracht	2800/48	∅	favorable
76 58	V	35	décomplet	48 H	8 H	15 '	Bracht	2.700/49	∅	favorable
174/59	I	27	décomplet	48 H	11 H	2 H	grande extraction	3 200/49	∅	favorable
1520/59	I	25	décomplet	3 jours	2 15 H	15 '	petite extraction	2 900/52	5 mm	favorable
492/61	I	22	décomplet	4 jours	8.05 H	35 '	spontané	3.700/52	5 mm	favorable

DÉPASSEMENT DU TERME THÉORIQUE PERFUSION DE DECLENCHEMENT

No d'observation	Parité	Age	Variété	Terme dépassé	Frottis	Durée dilatation	Durée exp.	Mode exp.	Poids de l'enfant	Réanimation	Evolution
1172/60	VI	32	décompl.	4 jours		13.15 H	10′	Bracht	2.600/45	∅	souffrance néonatale transitoire Evolution favorable
416/59	II	30	décompl.	10 jours		11 H	45′	Mauriceau	4 500/53	5 mn	favorable
763/59	IV	32	décompl.	10 jours		Echecs de deux essais de perfusion Rupture spontanée des membranes 5 jours plus tard					
774/61	IV	36	décompl	15 jours		2.35 H	5′	spontané	4.000/55	mort in utéro confirmation radiologique	
313.61	IV	26	décompl.	15 jours	à terme	2e essai 8.43 H	5′	Mauriceau	3.300/50	∅	favorable
241 61	II	25	décompl.	1 jour	à terme depuis 16 jours	8.50 H	10′	Bracht	2.550 47	∅	favorable
1090/60	I	21	décompl.	18 jours	ininterr.	2.30 H	10′	Mauriceau	4.800 52	echec	favorable
539/60	I	34	décompl.	18 jours	à terme	9 H	1 H	petite extraction	2.600/51	∅	
1821/60	I	21	décompl.	27 jours	à terme	2e essai	10′	Bracht	2.800/48	∅	favorable

Le manœuvres obstétricales pratiquées se répartissent ainsi:

— accouchement spontané:	2	dont 1 décès
— Bracht:	16	dont 3 décès
– petite extraction:	9	dont 2 décès
— grande extraction:	3	dont 2 décès
césarienne:	0.	

Analyse de la mortalité fœtale.

30 accouchements par le siège traités par perfusion ont donné naissance à 30 nouveau-nés de poids supérieur à 2.500 g. Le nombre des enfants mort-nés ou morts dans la période néonatale s'élève à 8, soit une mortalité globale de 26,6%. En retranchant 3 cas d'enfants macérés, il nous reste 5 cas, soit une mortalité épurée de *18%*.

Ce chiffre est important, mais il faut souligner les indications de perfusion dans ces 5 cas:

— 3 cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes

— 1 cas de déclenchement pour dépassement du terme théorique

— 1 cas de régularisation du travail après arrêt.

Rappelons le rôle favorisant de la rupture prématurée des membranes, de la grossesse prolongée et de la lenteur du travail dans la mortalité et la morbidité néonatales. Rappelons également la dystocie liée au gros fœtus, qui est intervenue dans 3 cas. Tous ces facteurs sont résumés dans le tableau de la mortalité fœtale.

En analysant nos cas malheureux, nous avons essayé de voir si une autre attitude thérapeutique se justifiait. Voici le résumé des observations des enfants morts:

1. — OBSERVATION N° 1555/60.

Sixième-pare de 40 ans, *obèse et hypertendue,* à terme, admise pour rupture prématurée des membranes depuis 6 heures, avec un *gros enfant* en siège décomplété mode des fesses.

INDICATION DE LA PERFUSION: HYPOCINESIE

No d'observation	Parité	Age	Variété	Perfusion installée	Durée dilatation	Durée expulsion	Mode expulsion	Poids de l'enfant	Réanimation	Evolution
740 59	VII	29	decompl.	2 francs	3.45 H	20 ′	Bracht	3.000 50	∅	favorable
984 61	I	30	décompl.	5 francs	5 H	30 ′	Bracht	3.200, 55	∅	favorable

INDICATION DE LA PERFUSION: ARRÊT DU TRAVAIL

819/61	I	22	décompl.	petite paume	12 H	30 ′	Bracht	3.000 49	∅	favorable
855/61	VII	35	complet	grande paume	10.40 H	50 ″	grande extraction	4.900 55	30 minutes	+ après 24 H
234/59	I	29	décompl.	dilatation complète	10 H	L HIO	Mauriceau	3.300/50	5 minutes	hémorragie méningée Ev. favorable

INDICATION DE LA PERFUSION: SYSTEMATIQUE POUR L'EXPULSION

684/60	IX	33	complet	grande paume	4.20 H	10 ′	Bracht	4.700/54	∅	favorable
753/61	IV	26	décompl.	grande paume	3 05 H	10 ′	petite extraction	2.650/46	5 minutes	favorable

Le travail est déclenché par perfusion. La dilatation se complète en 7 heures, l'expulsion dure 40 minutes. La progression du fœtus s'arrête à la hauteur de l'ombilic. Relèvement des bras avec abaissement très difficile: enfant de 4.500 g et 55 cm. L'engagement de la tête offre de très grosses difficultés. Sortie en état d'asphyxie blanche: échec de la réanimation.

Quelle attitude aurait-on dû adopter?

C'est le problème de la légitimité de l'accouchement par voie basse des gros fœtus en présentation du siège. L'obésité et l'hypertension de la mère contreindiquaient la césarienne.

2. — OBSERVATION N° 445/60.

Une *primipare de 29 ans,* à terme, est admise pour rupture prématurée des membranes datant de 17 heures. Le siège est décomplété mode des fesses. Le travail est déclenché par perfusion. La dilatation, lente et pénible malgré l'engagement rapide du fœtus, met 13 h. 15 à se compléter. A dilatation complète, la perfusion est arrêtée pour raisons techniques et on poursuit l'ocytocique par voie intramusculaire. Après une heure d'efforts expulsifs, on pratique une grande extraction nécessitée par l'absence de progression et l'apparition d'une souffrance fœtale. L'extraction est rendue très pénible par la rigidité des parties molles maternelles et par l'existence d'une brièveté du cordon. L'enfant est mort à la sortie (3.000 g et 49 cm).

Quelle attitude aurait-on dû adopter?

Il eût fallu pratiquer une césarienne au bout de quelques heures de perfusion, devant cette dilatation lente et irrégulière.

3. — OBSERVATION N° 701/61.

Il s'agit d'une douzième-pare de 40 ans avec un *gros enfant* (4.700 g et 55 cm) en siège décomplété mode des fesses. Le travail est déclenché par perfusion pour rupture prématurée des membranes datant de 24 heures. La

dilatation est rapide (4 heures), mais l'expulsion lente et très pénible dure 1 heure 50. L'enfant succombe en fin de travail. Expulsion selon Bracht.

Quelle attitude aurait-on dû adopter?

La discussion reste ouverte.

4. — OBSERVATION N° 539/60.

Une *primipare de 34 ans,* mesurant *149 cm,* est admise 18 jours après le terme théorique de la grossesse avec un siège décomplété mode des fesses. Le frottis montre une image de grossesse à terme. L'enfant paraît petit (2.600 g et 51 cm) et on décide de laisser évoluer le travail par les voies basses. Déclenchement du travail par perfusion. La dilatation se complète en 9 heures et l'expulsion est longue: 1 heure. La progression du fœtus s'arrête au niveau du tronc. Le dégagement des bras s'effectue aisément, mais la tête se défléchit et le Mauriceau est très difficile. L'enfant est mort à la sortie.

La pelvimétrie faite après l'accouchement montre un *bassin rétréci et asymétrique avec dystocie d'inclinaison:*

Angle d'inclinaison du détroit supérieur sur le pelvis: 29°

Distance promonto-rétropubienne:	9,9
Diamètre transverse maximum:	11,7
Diamètre oblique droit:	10,1
Diamètre oblique gauche:	9,7.

Quelle attitude aurait-on dû adopter?

Pratiquer une césarienne d'emblée, mais l'anomalie du bassin était peu marquée en regard de la taille de l'enfant.

5. — OBSERVATION N° 855/61.

Il s'agit d'une septième-pare de 35 ans, *obèse et fortement hypertendue. L'enfant est gros* (4.900 g et 55 cm), en siège complet. La dilatation est longue (10 h. 40) et comme le travail s'arrête à grande paume, on installe une perfusion. Après 50 minutes d'efforts expulsifs, on est dans l'obligation de pratiquer une grande extraction nécessitée par

l'arrêt de progression et l'épuisement maternel. Relèvement des bras avec abaissement extrêmement difficile. Puis la tête se défléchit et il faut 10 minutes d'efforts pour réussir à engager la tête dans le bassin. L'enfant décède 24 heures plus tard par hémorragie méningée massive.

Quelle attitude aurait-on dû adopter?

Problème de la dystocie liée au gros fœtus avec contre-indications d'ordre maternel à la voie haute.

La réanimation fœtale.

Dans 6 cas, les enfants ont dû être réanimés, donc dans une proportion de *20%*.

3 fois pendant 5 minutes
2 fois pendant plus de 5 minutes
— 1 fois pendant 10 minutes.

Dans ces 6 cas, les indications de perfusion étaient les suivantes:

— 3 cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes
— 1 cas de déclenchement du travail pour dépassement du terme théorique
— 1 cas pour arrêt du travail à dilatation complète
— 1 cas d'expulsion sous perfusion systématique.

Dans 1 cas de réanimation de 5 minutes, l'état de l'enfant a nécessité le transfert dans un service spécialisé. Il s'agissait d'une hémorragie méningée dont l'évolution a été favorable par la suite. Les 5 autres enfants réanimés ont évolué favorablement.

La mortalité maternelle est nulle.

La morbidité maternelle se résume à une déchirure du vagin, compliquant une épisiotomie.

Analyse critique de nos résultats.

Il est difficile de faire une analyse critique de nos résultats. Il faudrait pouvoir comparer un groupe d'accouchements perfusés à un groupe témoin identique non perfusé.

Nos perfusions ont été appliquées dans la presque totalité des cas, non de façon systématique, mais dans le but de corriger une anomalie. L'action de la perfusion est encore plus difficile à apprécier dans les cas où s'est produite la synergie aggravante de facteurs défavorables tels que poids excessif du fœtus, grossesse prolongée, rupture prématurée des membranes, longueur du travail, lenteur de l'expulsion, relèvement des bras ou déflexion de la tête dernière.

Il ne nous est donc pas possible d'évaluer statistiquement l'action de la perfusion ocytocique dans l'accouchement par le siège. Notre expérience est réduite à 32 cas, parmi lesquels nous avons simplement pu constater que la perfusion n'est pas un remède miraculeux. Elle ne permet pas toujours d'abréger une période de dilatation ou d'expulsion lente, de prévenir le relèvement des bras ou la déflexion de la tête, de dégager brillamment un gros fœtus.

Avant de tenter la perfusion, il faut étudier la qualité de la mère, la taille du fœtus et éliminer toute dystocie associée telle que primiparité âgée, viciation pelvienne ou procidence du cordon. L'ocytocine en goutte à goutte intraveineux nous a permis de traiter les anomalies du travail et de terminer les accouchements par voie basse. Ces anomalies, si elles ont été traitées, n'ont pas toujours été corrigées et ont abouti dans 5 cas à l'expulsion d'un enfant mort.

Notre ligne de conduite s'est donc modifiée et est actuellement la suivante:

1° En cas d'anomalie quelconque du travail, justiciable d'une perfusion, et de désir formel d'enfant vivant: rejet de la perfusion et césarienne systématique.

2° En cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes ou pour dépassement du terme théorique, en cas d'hypocinésie ou d'arrêt du travail, la perfusion sera tentée prudemment. Si la dilatation est lente ou irrégulière, on aura recours rapidement à la voie haute.

Nous rejoignons ainsi l'opinion de Lacomme et Le Lorier (36), Merger (31), Rivière (48): La perfusion appliquée en début de dilatation doit «réaliser une épreuve thérapeutique permettant de choisir suffisamment tôt entre voie haute et voie basse».

CONCLUSIONS

La perfusion d'ocytocique semble théoriquement être le traitement de choix des anomalies du travail dans l'accouchement par le siège. D'une part, elle devrait permettre de corriger les anomalies de la contraction, évitant ainsi la lenteur de la dilatation. D'autre part, elle devrait s'opposer à l'inertie utérine terminale, si fréquente après le dégagement du siège, premettant ainsi de réduire le nombre des interventions obstétricales.

Du 1er janvier 1958 au 30 septembre 1961, 32 perfusions ont été effectuées à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de *Strasbourg*, sur un nombre total de *155* accouchements simples par le siège d'enfants de poids supérieur à 2.500 g.

Ces 32 perfusions ont été effectuées dans un groupe de 13 primipares et 19 multipares, dont les présentations se répartissaient en 8 sièges complets et 24 sièges décomplétés.

Les indications de perfusion étaient les suivantes:

— 15 cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes

— 9 cas de déclenchement du travail pour dépassement tu terme théorique

— 6 cas de régularisation du travail pour hypocinésie ou arrêt

— 2 cas d'expulsion sous perfusion systématique.

Résultats.

Dans 2 cas, la perfusion a échoué et le travail s'est installé spontanément 24 heures plus tard. Donc, dans 30 cas, la perfusion a été suivie de l'expulsion d'un nouveau-né de poids supérieur à 2.500 g.

Le nombre des enfants mort-nés ou morts, dans la période néonatale s'élève à 5, après soustraction de 3 enfants macérés. La mortalité fœtale épurée est donc de *18%*. Ce chiffre est important, mais il faut rappeler le rôle aggra-

vant de facteurs défavorables tels que rupture prématurée des membranes, grossesse prolongée, lenteur du travail, dystocie liée au gros fœtus. Ces facteurs, par eux-mêmes générateurs de risque fœtal, se rencontrent souvent associés.

Analyse de nos résultats.

Nos perfusions ont été appliquées dans la presque totalité des cas, non de façon systématique, mais dans le but de corriger une anomalie de la première période du travail. L'action de la thérapeutique ocytocique est de ce fait difficile à évaluer statistiquement, et ce d'autant plus que notre série se limite à 32 cas.

Nous avons simplement pu constater que la perfusion n'est pas le remède miraculeux qui permet toujours d'abréger une période de dilatation ou d'expulsion lente, de prévenir le relèvement des bras ou de dégager brillamment les gros fœtus.

Avant de tenter la perfusion, il faut s'assurer de la qualité de la mère, de la taille du fœtus et éliminer toute dystocie associée telle que primiparité âgée, viciation pelvienne ou procidence du cordon.

Notre ligne de conduite s'est modifiée et est actuellement la suivante:

1° en cas de toute anomalie du travail justiciable d'une perfusion et de désir formel d'enfant vivant: rejet de la perfusion et césarienne systématique;

2° en cas de déclenchement du travail pour rupture prématurée des membranes ou dépassement du terme théorique, de régularisation du travail pour hypocinésie ou arrêt, la perfusion sera prudemment tentée.

Sans rejeter la perfusion ocytocique qui constitue une arme précieuse dans le traitement des anomalies de la dilatation dans l'accouchement par le siège, nous lui attribuons une valeur «d'épreuve thérapeutique permettant de choisir suffisamment tôt entre voie haute et voie basse».

VU

Strasbourg, le 14 octobre 1961.

Le Président de thèse.

signé: P. BURGER.

VU

Strasbourg, le **19 octobre 1961.**

Le Doyen de la Faculté de Médecine.

signé: R. FONTAINE.

Vu et Permis d'Imprimer

Strasbourg, le **24 octobre 1961.**

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université.

signé: J. F. ANGELLOZ.

Bibliographie

(1) BALTZER, H. (1952). — Schlusswort zu «Die Leitung der Austreibungsperiode mit intravenöser Anwendung von Orasthin unter besonderer Berücksichtigung von 100 Beckenendgeburten». — **Zbl. Gynäk., 74,** 343-345.

(2) BAUDON, J., GENDRE, R. et MUSTIER, J. (1960). — Notre expérience d'un ocytocique de synthèse. — **Rev. franç. Gynéc. Obstét., 55,** 493-517.

(3) BELL, B. — Cité par BURGER, J.-P.

(4) BOEGLIN, J.-C. (1960). — **La présentation du siège en regard des différentes attitudes prises à son égard par l'accoucheur (années 1926 à 1939 et 1945 à 1958).** — Thèse Strasbourg, n° 27.

(5) BOISSONNAS, R.-A. et al. (1955). — Une nouvelle synthèse de l'ocytocine. — **Helvet. chir. acta, 38:** 1491.

(6) BOURES, G. (1957). — **La place de la perfusion d'ocytocique dans l'accouchement en présentation du siège.** — Thèse Toulouse, n° 112.

(7) BRACHT, E. — Voir sous DE BETTENCOURT.

(8) BURGER, J.-P. (1959). — **Contribution à l'étude des perfusions d'ocytocine post-hypophysaire dans l'accouchement.** — Thèse Strasbourg, n° 39.

(9) BURGER, P. (1924). — Sur l'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique. — **Gynéc. et Obstét., 9,** 136-162.

(10) BURGER, P. (1927). — A propos de l'extrait hypophysaire. — **Gynéc. et Obstét., 16,** 389-391.

(11) CALDEYRO-BARCIA, R., SICA-BLANCO, Y., POSEIRO, J. J. GONZALEZ-PANIZZA, V., MENDEZ-BAUER, C., FIELITZ, C., ALVAREZ, H., POSE, S. V., and HENDRICKS, C. H. (1957). — A quantitative study of the action of synthetic oxytocin on the pregnant human uterus. — **J. Pharmacol. & Exper. Therap., 121,** 18-33.

(12) CAREY, H. M. (1954). — Oxytocics and foetal distress. — **Congr. Intern. de Gynéc. et Obstét. Genève,** 1042-1049.

(13) CHATILLON, H. (1927). — Discussion de la communication de BURGER, P.: à propos de l'extrait hypophysaire. — **Gynéc. et Obstét., 16,** 391-392.

(14) CREZE,J. et ROUCHY, R. (1957). — Etude critique de 1096 perfusions de post-hypophyse — **Gynéc. et Obstét., 56,** 79-93.

(15) DE BETTENCOURT, F. (1946). — Traitement de la présentation du siège par la méthode de BRACHT. — **Rev. franç. Gynéc. Obstét., 41,** 58-66.

(16) DELLENBACH, P. et KELLER, B. (1959). — La perfusion intraveineuse d'ocytocique dans la présentation du siège. — **Bull. Soc. Obst. Gynéc. Paris, II,** 192-193.

(17) DEMELIN. — Cité par BOEGLIN, J. C.

(18) DOHRN. — Cité par GERISCH und MARTIN.

(19) DU VIGNEAUD, V. et al. (1953). — The synthesis of an octopeptide amide with the hormonal activity of oxytocin. — **J. Am. Chem. Soc., 75,** 4879.

(20) ERBSLOH, J. (1939). — Ergebnisse der klinischen Geburtsleitung bei der Beckenendlagegeburt. — **Arch. Gynäk., 168,** 392-413.

(21) GERISCH, G. und MARTIN, F. K. (1958). — Ueber die Geburtserleichterung bei Beckenendlagegeburten. — **Zbl. Gynäk., 80,** 1960-1967.

(22) GOBEL, A. (1952). — Die Leitung der Austreibungsperiode mit intravenöser Anwendung von Orasthin unter besonderer Berücksichtigung von 100 Beckenendgeburten. — **Zbl. Gynäk., 74,** 337-343.

(23) GOETHALS, Th. R. (1956). — Cesarean section as the method of choice in management of breech delivery. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 71,** 536-552.

(24) HALL, J. E., COUNSELMAN, R. and BROOKS, J. (1956). — Breech presentation. Study of 654 cases. .— **Obstet. a. Gynecol., 7,** 277-285.

(25) HALL, J. E. and KOHL, S. (1956). — Breech presentation. A study of 1.456 cases. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 72,** 977-990.

(26) HASKELL. — Cité par BURGER, P.

(27) HELLMANN, L. M. (1949). — Factors influencing successfull posterior pituitary treatment of functional uterine dystocia with particular consideration of its intravenous administration. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 57,** 346-369.

(28) HELLMANN, L. M., HARRIS, J. S. and REYNOLDS, S. R. M. (1950). — Intravenous pituitary extracts in labor with data on patterns of uterine contractibility. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 59,** 41-48.

(29) HELLMANN, L. M., KOHL, S. G. and SCHECHTER, H. R. (1957). — Pitocin 1955. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 73,** 507-517.

(30) HOFBAUER. — Cité par BURGER, P.

(31) ILLOUZ, G. (1961). — **De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège.** — Thèse Paris, n° 63.

(32) JACKSON, R. L. (1961). — Breech presentation in the primigravida. A review of 189 cases. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 81,** 653-657.

(33) JEFFCOATE, T. N. A. (1948). — Post-pituitary extracts in obstetrics. — **Brit. Med. J., II,** 438-439.

(34) KREIS, Ph (1952). — A propos de l'utilisation des extraits post-hypophysaires en perfusion lente et continue au cours de la période de dilatation, proposée par M. VARANGOT. — **Bull. Soc. Obst. Gynéc. Paris, 4,** 668-670.

(35) LACOMME, M. (1960). — La présentation du siège. — **Pratique obstétricale,** Masson & Cie, Ed. Paris, **I,** 367-411.

(36) LACOMME, M. et LE LORIER, G. (1955). — Sur quelques éléments du pronostic fœtal dans la présentation du siège, réflexions sur les indications du traitement chirurgical. — **Rev. franç. Gynéc. Obstét., 27,** 348-355.

(37) LAFITTE, B. (1958). — **La place de la perfusion d'ocytociques dans l'accouchement avec présentation du siège.** — Thèse Bordeaux, n° 252.

(38) LAHAYE, M. (1957). — Perfusion d'Orasthin en présentation du siège — **Bull. Soc. R. B. Gynéc. Obstét., 27,** 44-52.

(39) MAHON, R. (1957) — La perfusion hypophysaire dans les accouchements par le siège. — **Sem. Hôp. Paris, 59,** 2680-2681.

(40) MAHON, R., PERY, G. et SOUMIREU-MOURAT, J. (1958). — La perfusion d'extrait hypophysaire dans les accouchements par le siège. — **Bull. Soc. Obst. Gynéc. Paris, 10,** 180-181.

(41) MERGER, R., MELCHIOR, J. et CHICHA (1958). — Perfusion intraveineuse lente de post-hypophyse au cours du travail. — **Gynéc. et Obstét., 57,** 349-361.

(42) MERGER, R., MELCHIOR, J. KRIVINNE, I. (1960). — Emploi thérapeutique des extraits post-hypophysaires et de l'ocytocine en obstétrique. — **Thérapie, 3,** 445-466.

(43) MORENO, G. (1955). — **Perfusion de post-hypophyse dans l'accouchement du siège.** — Thèse Paris, n° 1056.

(44) NOWICKI, Z. (1961). — The use of Pitocin and Sintocinon in labours with breech presentation. — **Rapport du III° Congrès Mondial de Gynécologie et Obstétrique à Vienne.** — Communication N° 340.

(45) OSTRCIL, D. A. (1928). — Raccourcissement de l'accouchement normal. — **Gynéc. et Obstét., 38,** 198-205.

(46) PAQUET, Ph. et PIRSON, C. (1950). — A propos de la méthode de BRACHT. — **Bull. Ass.. Gynéc. Obstét. franç., 2,** 268-269.

(47) PIGEAUD, H., NOTTER, A. et NEUMANN, E. (1951). — La méthode de BRACHT facilitée par perfusion de post-hypophyse et infiltration des nerfs honteux. — **Bull. Soc. Obst. Gynéc. Paris, 4,** 661-662.

(48) RIVIERE, M., CHASTRUSSE, L. et COMBRET (1956). — Pronostic fœtal dans l'accouchement en présentation du siège. Etude statistique. — **Bull. Soc. Gynéc. Paris, 8,** 466-471.

(49) RUNGE. — Cité par GERISCH und MARTIN.

(50) SIEBOLD, E. C. J. von (1891). — **Essai d'une histoire de l'obstétricie.** — G. Steinheil Ed., Paris, 3 tomes.

(51) STONE, M. L., GORDON, M. S. and FOLSOME, C. E. (1955). — Further observations on the use of intravenous pitocin in obstetrics — **Amer. J. Obstet. Gynec., 69,** 140-146.

(52) THEOBALD, G. W., GRAHAM, A., CAMPBELL, J., GANGE, P. D. and DRISCOLL, W. J. (1948). — Use of post-pituitary extract in physiological amounts in obstetrics, preliminary report. — **Brit. Med. J., 2,** 123-127.

(53) THOMPSON, J. F. (1960). — Perinatal mortality in breech presentation. — **Obst. a. Gynecol., 15,** 415-424.

(54) TORRE, M. Ph. et ILLOUZ, G. (1961). — De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège. — **Rev. franç. Gynéc. Obstét., 56,** 179-205.

(56) VARANGOT, J., COTE M., YBERT, P. et LEGROS, M. (1952). — Utilisation des extraits post-hypophysaires en perfusion lente continue dans le traitement des dystocies fonctionnelles au cours du travail. — **Gynéc. et Obstét., 51,** 39-51.

(56) VARANGOT, J., LE LORIER, G. et COTE, M. (1950). — Sur l'emploi des extraits post-hypophysaires en perfusion. — **Bull. Ass. Gynéc. Obstét., 2,** 257-260.

(57) VERMELIN, H. et RIBON, M. (1953). — Présentation du siège. — **Encyclopédie Médico-Chirurgicale Obstétrique,** tome I, 5026 A 10 A 20.

(58) VERMELIN, H., RIBON, M., BRAYE, M. et DELLESTABLE, P. (1959). — Notre expérience de l'utilisation d'une ocytocine de synthèse. — **Bull. Soc. Obst. Gynéc. Paris, 12,** 174-176.

(59) WALSH, J. W. and KUDER, K. (1944). — Breech presentation in the olderly primipara. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 47,** 541-545.

(60) WILLIAMS, P. C. and Mc MAHON, T. B. (1956). — Intravenous Pitocin infusion in obstetrics. — **Amer. J. Obstet. Gynec., 71,** 1264-1273.

(61) WRIGHT, R. C. (1959). — Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section. — **Obstet. a. Gynecol., 14,** 758-763.

Table des Matières

Introduction 17
Evolution des concepts de l'accouchement en présentation du siège 19
Le problème fœtal dans la présentation du siège 21
Emploi des ocytociques 25
La place de la perfusion ocytocique 29
Notre technique de perfusion 37
Matériel d'étude 39
Conclusions 49
Bibliographie 53